

Vergaderjaar 2000–2001

**27 586**

## **Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met samentelling van uitkeringstijdvakken ingevolge de Werkloosheidswet voor de toepassing van artikel 3, eerste lid, onder a, van die wet, administratieve vereenvoudiging van de overgang van een particuliere ziektekostenverzekering naar de ziekenfondsverzekering en afschaffing van de nominale ziekenfondspremie voor personen jonger dan 18 jaar (Knelpunten Ziekenfondswet)**

**Nr. 3**

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt, omdat het zonder meer instemmend luidt dan wel uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat (artikel 25a, vierde lid, onderdeel b, van de Wet op de Raad van State)

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **Algemeen**

Dit wetsvoorstel bevat een aantal wijzigingen van de Ziekenfondswet betreffende onderwerpen die niet met elkaar samenhangen. De wijzigingen zien op het oplossen van enkele in de ziekenfondsverzekering bestaande knelpunten. Deze wijzigingen betreffen het vervallen van de nominale premie voor een ziekenfondsverzekerde jonger dan 18 jaar, de overgang van de particuliere ziektekostenverzekering naar de ziekenfondsverzekering en de samentelling van uitkeringstijdvakken voor de beoordeling of een uitkeringsgerechtigde ingevolge de Werkloosheidswet verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet. Voorts worden in de Ziekenfondswet en enkele andere wetten enige redactionele verbeteringen aangebracht. Deze verbeteringen worden, voorzover niet in het artikelsgewijze deel van de toelichting opgenomen, niet nader toegelicht.

*Samentelling van uitkeringstijdvakken bij de beoordeling van de verzekeringsplicht van WW-gerechtigden (Artikel I, onderdeel A, ten tweede)*

Op grond van de thans geldende regelgeving wordt ten aanzien van een werkloze werknemer die een uitkering ingevolge de Werkloosheidswet ontvangt (de WW-gerechtigde), gedurende het eerste jaar van zijn werkloosheid de ziektekostenverzekeringssituatie die bestond vóór het intreden van de werkloosheid (op de laatste werkdag) gehandhaafd. Dit betekent dat ziekenfondsverzekerden in de ziekenfondsverzekering blijven en dat particulier verzekerden het eerste jaar op een particuliere verzekering aangewezen blijven. Omdat in de praktijk blijkt dat een groot aantal van de personen dat werkloos raakt, weer vrij snel aan het werk is, wordt met deze regeling ongewenst geacht heen en weer schuiven van betrokkenen tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering (het zogenaamde jojo-effect) voorkomen. Na het eerste jaar werkloosheid wordt het werkelijke loon in de zin van de Ziekenfondswet van betrokkene getoetst. Indien geen recht (meer) bestaat op een werk-

loosheidsuitkering berekend naar 70% van het dagloon, wordt het werkelijke inkomen van betrokkene getoetst.

Met name particulier verzekerde WW-gerechtigden kunnen financieel in de problemen komen indien zij een tijdelijke dienstbetrekking aanvaarden. Als het loon in de tijdelijke dienstbetrekking op jaarbasis meer bedraagt dan het bedrag van de loongrens van de ziekenfondsverzekering, is men aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering. Bij beëindiging van het tijdelijke dienstverband wordt de verzekeringssituatie ingevolge de Ziekenfondswet beoordeeld naar de verzekeringssituatie op de dag voorafgaande aan die waarop die persoon werkloos werd. Wederom is dan de WW-gerechtigde gedurende langere tijd aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering, waarvoor veelal een hoge premie verschuldigd is. Indien betrokkene ook nog een partner en een paar kinderen heeft, in wier ziektekostenverzekering hij moet voorzien, is goed voorstelbaar dat de premie voor de ziektekostenverzekering in verhouding tot zijn inkomen een zware last vormt. Daar komt nog bij dat een WW-gerechtigde als regel geen tegemoetkoming in zijn premie voor een particuliere ziektekostenverzekering ontvangt.

Niet alleen het aanvaarden van een tijdelijke dienstbetrekking, maar ook ziekte tijdens de werkloosheidsperiode kan cumulatie van uitsluitingstijdvakken tot gevolg hebben. Als een particulier verzekerde werkloze werknemer in het eerste jaar (het uitsluitingstijdvak) ziek wordt, ontstaat er recht op een uitkering ingevolge de Ziektewet. Op grond van artikel 3, eerste lid, onder a, 2e, van de Ziekenfondswet wordt de verzekerings-situatie dan beoordeeld naar de situatie op de dag voorafgaande aan die waarop artikel 8 van de Ziektewet op hem van toepassing werd, derhalve naar de situatie die gold toen hij een werkloosheidsuitkering ontving. Gedurende de ziekteperiode is betrokkene opnieuw voor mogelijk een periode van een jaar uitgesloten van de ziekenfondsverzekering. Na herstel van zijn ziekte herleeft zijn werkloosheidsuitkering en blijft hij wederom voor een jaar buiten de ziekenfondsverzekering.

Met het hierna volgende voorbeeld wordt het voorgaande geïllustreerd. De heer X is reeds vele jaren werkzaam in een dienstbetrekking tegen een loon boven de loongrens van de ziekenfondsverzekering en is derhalve particulier verzekerd. Per 1 februari 1998 raakt hij werkloos en ontvangt een uitkering krachtens de Werkloosheidswet. Hij blijft in beginsel tot 1 februari 1999 aangewezen op zijn particuliere ziektekostenverzekering omdat hij op 31 januari 1998 particulier tegen ziektekosten verzekerd was (artikel 3, eerste lid, onder a, 1e, van de Ziekenfondswet). Hij wordt echter ziek en ontvangt met ingang van 1 januari 1999 een uitkering ingevolge de Ziektewet. Op grond van artikel 3, eerste lid, onder a, 2e, van de Ziekenfondswet, blijft hij in beginsel tot 1 januari 2000 aangewezen op zijn particuliere ziektekostenverzekering. Per 15 december 1999 is hij hersteld en herleeft zijn werkloosheidsuitkering. Op grond van artikel 3, eerste lid, onder a, 1e, van de Ziekenfondswet blijft hij in beginsel tot 15 december 2000 wederom aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering.

De hiervoor geschetste situatie wordt veroorzaakt doordat de uitsluitingsregeling in de Ziekenfondswet in onvoldoende mate aansluit bij de systematiek van de Werkloosheidswet. De omstandigheid dat na een tijdelijke werkhervatting of na een periode van ziekte opnieuw een uitsluitingstermijn van een jaar begint te lopen, wordt veroorzaakt doordat bij de beoordeling van de verzekeringssituatie van de WW-gerechtigde niet de vraag wordt betrokken of er sprake is van een herleving van een reeds eerder toegekende werkloosheidsuitkering dan wel van een nieuw uitkeringsrecht. Systematisch gezien, zou het zuiver zijn om slechts ingeval van een nieuw recht op uitkering ingevolge de Werkloosheidswet (er moet dan minimaal 26 weken in een periode van 39 weken arbeid in dienstbetrek-

king zijn verricht) een nieuwe uitsluitingstermijn van een jaar te laten aanvangen. Bij herleving van een reeds eerder toegekende werkloosheidsuitkering zou de verzekerings situatie dienen te worden beoordeeld aan de hand van de situatie op de dag voorafgaande aan de oorspronkelijk eerste werkloosheidsdag. De eerdere werkloosheidsperiode dient dan op de uitsluitingstermijn van een jaar in mindering te worden gebracht, waardoor wordt bereikt dat, zodra de werkloosheid in totaal een jaar heeft geduurd, aan de hand van het verzekeringsplichtig inkomen van betrokkene wordt beoordeeld of hij verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet. Periodes waarin geen recht bestaat op een werkloosheidsuitkering uitsluitend als gevolg van het feit dat betrokkene ziekengeld ontvangt, dienen eveneens mee in aanmerking te worden genomen voor het vervullen van de termijn van een jaar.

Voorgesteld wordt om een en ander te realiseren door aan artikel 3 van de Ziekenfondswet een lid toe te voegen waarin is bepaald dat voor de toepassing van artikel 3, eerste lid, onder a, 1e, van de Ziekenfondswet de uit hetzelfde uitkeringsrecht voortvloeiende periodes gedurende welke werkloosheidsuitkering wordt ontvangen en de periodes, gedurende welke geen recht bestaat op een werkloosheidsuitkering op grond van het feit dat betrokkene een uitkering krachtens de Ziektewet ontvangt, worden samengeteld voor het vervullen van de in bedoeld onderdeel genoemde termijn van een jaar.

#### *Beëindiging van de particuliere verzekeringsovereenkomst bij overgang naar de ziekenfondsverzekering (Artikel 1, onderdeel D)*

In artikel 7 van de Ziekenfondswet is thans de beëindiging van een particuliere ziektekostenverzekering geregeld ingeval een particulier verzekerd persoon verzekerd wordt ingevolge de Ziekenfondswet. De particuliere ziektekostenverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag waarop de particuliere verzekeraar van de verzekerde mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt. Die dag ligt in de regel na het ontstaan (van rechtswege) van de ziekenfondsverzekering.

Over de periode tussen het ontstaan van de ziekenfondsverzekering en de beëindiging van de particuliere ziektekostenverzekering vindt door het ziekenfonds waarbij de verzekerde is ingeschreven, restitutie van de betaalde premie voor de particuliere verzekering en vergoeding van eventuele door de verzekerde gemaakte kosten voor ingeroepen medische zorg plaats. Voor het recht op vergoeding van bedoelde kosten in die tussenliggende periode moet de verzekerde zich wel binnen 60 dagen na het ontstaan van de ziekenfondsverzekering bij het ziekenfonds hebben aangemeld. Daarnaast moet de particuliere verzekeraar eventuele vooruitbetaalde premie van de particuliere ziektekostenverzekering restitueren.

Van de zijde van de particuliere verzekeraars en de ziekenfondsen bereikten mij berichten dat zij deze systematiek in administratief- en uitvoeringstechnisch opzicht als problematisch ervaren. De problematiek zou in de loop van de tijd zelfs verder zijn toegenomen als gevolg van de introductie van de nominale premie en de eigenbijdrageregelingen in de ziekenfondsverzekering. De particuliere verzekeraars zijn voorts van mening dat het aan een verzekerde moeilijk is uit te leggen dat hij tot het moment van uitschrijving bij de particuliere verzekeraar blijft aangemerkt als particulier verzekerde terwijl hij ook reeds premie verschuldigd is als ziekenfondsverzekerde. Ook de terugbetalingsregeling van de kosten van zorg in de tussenliggende fase wordt door hen als zeer belastend ervaren. In de visie van de verzekeraars zou, ingeval er ziekenfondsverzekering ontstaat, de particuliere verzekering met terugwerkende kracht moeten worden beëindigd tot het moment van ontstaan van de ziekenfondsverzekering en niet, zoals thans, na ontvangst van de mededeling van de

verzekerde van diens inschrijving bij het ziekenfonds. Niet alle knelpunten die zij ervaren, zouden daarmee zijn opgelost, maar er zou toch efficiencywinst geboekt kunnen worden. Hun verwachting is dat door deze wijziging winst te behalen valt in het aantal uitvoeringshandelingen, met name doordat het berichtenverkeer gereduceerd zou kunnen worden.

Ik heb begrip voor het gesignaleerde probleem. Het is goed denkbaar dat bij de toepassing van de huidige regelgeving zich nu en dan uitvoeringstechnische problemen zullen voordoen bij overgang van de particuliere verzekering naar de ziekenfondsverzekering. De vraag was evenwel of er voor deze problemen een alternatief kon worden gevonden waarmee een vereenvoudiging van de uitvoering kon worden bereikt. Het alternatief zou niet alleen een vereenvoudiging van de regelgeving dienen in te houden maar tevens een duidelijke verbetering van de uitvoeringspraktijk moeten opleveren. Verder geldt voor mij als voorwaarde dat een eventuele wijziging van de regelgeving de positie van de verzekerde niet mag verslechteren.

De door de Zorgverzekeraars Nederland gedane suggestie dat de particuliere ziektekostenverzekering eindigt op het tijdstip waarop ziekenfondsverzekering ontstaat, lijkt vanwege zijn eenvoud een aantrekkelijk alternatief. Op zichzelf is het mogelijk te bepalen dat de particuliere verzekering wordt beëindigd met terugwerkende kracht tot het moment waarop een persoon van rechtswege ziekenfondsverzekerd werd. Dit levert een overzichtelijke situatie op. Evenwel dient in het oog te worden gehouden dat de omvang van het verzekeringspakket van de particuliere polis kan verschillen met die van de ziekenfondsverzekering. Bij een overgang van een particuliere ziektekostenverzekering naar de ziekenfondsverzekering kan daardoor onduidelijkheid ontstaan over de vergoeding van zorgaanspraken waarop in die overgangsfase een beroep is gedaan, indien die zorg wel valt onder de dekkingssomvang van de particuliere verzekering, maar niet tot het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering behoort. Omdat als voorwaarde is gesteld dat de verzekerde niet in een slechtere positie mag komen te verkeren dan thans onder de vigerende regelgeving het geval is, dienen de nadelen die voor de verzekerde mogelijkterwijs zouden ontstaan indien zijn particuliere polis met terugwerkende kracht zou komen te vervallen, te worden weggenomen.

In nauw overleg met Zorgverzekeraars Nederland is een alternatief ontwikkeld, waarmee binnen de genoemde voorwaarde een vereenvoudiging van de uitvoeringspraktijk van artikel 7 van de Ziekenfondswet kan worden gerealiseerd. Een en ander is uitgewerkt in het voorgestelde nieuwe artikel 7 van de Ziekenfondswet en houdt het volgende in. De particuliere ziektekostenverzekering komt voor wat betreft het met het wettelijke pakket van de ziekenfondsverzekering overeenkomende deel te vervallen met ingang van de dag waarop ziekenfondsverzekering ontstaat. De particuliere verzekeraar blijft in de periode tussen het ontstaan van ziekenfondsverzekering en inschrijving bij het ziekenfonds risicodragers van het bovenwettelijke deel. De particuliere verzekeraar is bevoegd de ziektekostenverzekeringsovereenkomst in de gewijzigde situatie in haar geheel -met terugwerkende kracht- op te zeggen, maar blijft aansprakelijk voor eventuele door de verzekerde gemaakte kosten met betrekking tot zorg van het bovenwettelijke pakket. Voor de goede orde zij vermeld dat dit surplus moet worden onderscheiden van specifieke aanvullende particuliere verzekeringen waarvoor een eigen premiestelling geldt, zoals een klassenverzekering of een tandheelkundig pakket. Deze verzekeringen worden conform de huidige praktijk niet aangetast door de opzegging van het surplusdeel van de overeenkomst.

Uit het overleg dat Zorgverzekeraars Nederland met zijn leden over het onderhavige onderwerp heeft gevoerd, is duidelijk geworden dat alle particuliere verzekeraars zonder uitzondering de particuliere ziektekostenverzekering in haar geheel, dat wil zeggen het wettelijke en het hiervoor aangeduide bovenwettelijke deel van het pakket, zullen beëindigen met ingang van de dag waarop de ziekenfondsverzekering ingaat. Het voorstel betreffende het met terugwerkende kracht doen vervallen van de particuliere ziektekostenverzekering heeft alleen betrekking op situaties, waarbij de verzekerde zich binnen zestig dagen na ontstaan van de ziekenfondsverzekering aanmeldt.

In het overgrote deel van de gevallen melden verzekerden zich binnen die periode ter inschrijving aan, zodat de periode waarin particuliere verzekeraars vorenbedoeld financiële risico lopen, eveneens in tijd beperkt is. Voor de uitvoeringspraktijk betekent het dat het opstellen van een premieverklaring door het ziekenfonds dan kan komen te vervallen, hetgeen in de huidige praktijk juist een zeer arbeidsintensief traject is. De particuliere verzekeraar betaalt de premie voor de periode gelegen tussen de datum waarop de ziekenfondsverzekering inging en de dag waarop hij van de verzekerde van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde mededeling ontvangt, tezamen met eventuele vooruitbetaalde premie voor de met terugwerkende kracht vervallen ziektekostenverzekering in zijn geheel, als onverschuldigd betaald terug aan zijn verzekerde.

De verwachting is dat de voorgestelde wijziging zal leiden tot een meer efficiënte en heldere uitvoeringspraktijk. Naar de stellige overtuiging van de verzekeraars is de nieuwe werkwijze ook beter uit te leggen aan verzekerden.

De nieuwe werkwijze is alleen van toepassing in het geval een verzekerde zich binnen zestig dagen na de datum van ingang van de ziekenfondsverzekering aanmeldt bij een ziekenfonds. Bij aanmelding na afloop van die periode, blijft de systematiek zoals vastgelegd in het huidige artikel 7 van de Ziekenfondswet van toepassing (nieuwe artikel 7, derde lid, van de Ziekenfondswet). Nieuw is ook dat de verzekeraars bij de terugbetaling van vooruitbetaalde premie ingeval de nieuwe werkwijze wordt toegepast, geen bedrag voor administratiekosten in rekening brengen (nieuwe artikel 7, vierde lid, van de Ziekenfondswet). Ingeval te late aanmelding bij het ziekenfonds heeft plaatsgevonden (nieuwe artikel 7, derde lid, van de Ziekenfondswet), mag de verzekeraar, zoals dat thans voor alle gevallen geldt, 25% administratiekosten in rekening brengen.

Het voorstel tot wijziging van artikel 7 van de Ziekenfondswet is op 29 juli 1999 aan het College voor Zorgverzekeringen (College) voorgelegd voor een uitvoeringstoets. Begin juli 2000 is overeenstemming bereikt met Zorgverzekeraars Nederland over het op onderdelen bijgestelde voorstel tot wijziging van artikel 7 van de Ziekenfondswet. Het College heeft dit voorstel op zijn uitvoerbaarheid getoetst en heeft in zijn rapport van 28 september 2000 geconcludeerd dat het voorstel uitvoerbaar is en dat de positie van de verzekerde ten opzichte van de huidige systematiek niet verslechtert.

De voorgestelde wijziging van artikel 7 van de Ziekenfondswet kan voorts rekenen op unanieme steun van de bij Zorgverzekeraars Nederland aangesloten leden. In dat verband mag niet onvermeld blijven dat de algemene ledenvergadering van die organisatie onlangs een werkprocedure heeft vastgesteld met de aanvulling dat deze onderdeel zal vormen van de gedragscode van de zorgverzekeraars.

Deze werkprocedure houdt ook in dat, voor zover het pakket van de particuliere ziektekostenverzekering een surplus heeft, niet zijnde een aanvullende verzekering inzake specifieke aanvullende particuliere producten met een eigenstandige premiestelling, de ziekenfondsen op grond van een afspraak met de verzekeraars de in de overgangperiode (dat is de periode tussen de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst en de

inschrijving bij het ziekenfonds) opgetreden schade voor hun rekening zullen nemen en ten laste zullen brengen van het eigen vermogen van het ziekenfonds (voor alle duidelijkheid, derhalve niet ten laste van de middelen van de (wettelijke) ziekenfondsverzekering). Binnen die werkprocedure past als tegenhanger voor de particuliere ziektekostenverzekeraars dat zij de volledige premie die betrekking heeft op de overgangperiode (inclusief dat deel dat betrekking heeft op het surplus), aan de verzekerde zullen restitueren. Ingeval de verzekerde zich zou aansluiten bij een ziekenfonds dat de in de gedragscode neergelegde werkprocedure niet heeft onderschreven of indien vorenbedoeld vangnet in de toekomst onverhoopt mocht komen te vervallen, dan blijven de eventuele aanspraken op vergoeding van door de verzekerde gemaakte kosten voor in de periode tussen de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst en de inschrijving bij het ziekenfonds ingeroepen geneeskundige verzorging die aan de beëindigde verzekeringsovereenkomst konden worden ontleend, bestaan jegens de ziektekostenverzekeraar. De verzekerde kan zich dan voor vergoeding van die kosten rechtstreeks wenden tot zijn verzekeraar.

*Afschaffing van de nominale ziekenfondspremie voor personen, jonger dan 18 jaar (artikel I, onderdeel E)*

In 1989 werd voor ziekenfondsverzekerden naast de bestaande procentuele premie een nominale premie ingevoerd, door de verzekerde te betalen voor zichzelf en zijn medeverzekerden. Er was voor ten hoogste twee medeverzekerde kinderen nominale premie verschuldigd. Bovendien bedroeg de nominale premie voor meeverzekerde kinderen de helft van het bedrag dat volwassenen verschuldigd waren. Overigens werden ouders hiervoor via een verhoging van de kinderbijslag gecompenseerd. De reden voor invoering van de nominale premie was het terugdringen van de destijds overtrokken geachte solidariteit in de ziekenfondsverzekering. In 1995 werd de nominale ziekenfondspremie voor kinderen weer afgeschaft. Redenen hiervoor waren de koopkrachteffecten en de hoogte van de kinderbijslag.

Jongeren met een kleine baan worden op grond van hun dienstbetrekking hoofdverzekerde ingevolge de Ziekenfondswet en zijn derhalve zowel procentuele als nominale ziekenfondspremie verschuldigd. Verhoudingsgewijs gaat een groot deel van hun netto-inkomen op aan nominale ziekenfondspremie. Ziekenfondsverzekerde leeftijdgenoten die geen bijbaantje hebben, zijn medeverzekerd bij hun ouders en zijn noch procentuele, noch nominale ziekenfondspremie verschuldigd. Dat jongeren met een bijbaantje een relatief hoog bedrag aan nominale ziekenfondspremie betalen, wordt zowel maatschappelijk als politiek door velen als een ongewenste situatie ervaren. Bij de behandeling van de Wet van 28 oktober 1999, houdende uitbreiding van de kring van verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet met zelfstandigen voor wie, gelet op hun inkomen, toegang tot de sociale ziektekostenverzekering is aangewezen en tijdelijke wijziging van de indexering van de loongrens alsmede wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 (Zelfstandigen in Zfw, Stb. 1999, 461) is zowel in de Tweede als Eerste Kamer gewezen op dit knelpunt in de ziekenfondsverzekering. De Stichting van de Arbeid (STAR) heeft bij brief van 29 juni 1999 eveneens aandacht voor deze problematiek gevraagd.

De STAR wijst in dit kader op de nadelige uitwerking van de relatief hoge nominale ziekenfondspremie (op jaarbasis gemiddeld f 414,- in het jaar 2000) op het arbeidsaanbod van jeugdigen. Gezien de verkrappende arbeidsmarkt levert dit volgens de STAR in de praktijk een knelpunt op. De STAR heeft twee mogelijke oplossingen voorgesteld: afschaffing van de nominale premie voor alle personen, jonger dan 18 jaar, of thuiswonende

jongeren, jonger dan 18 jaar, worden op grond van een dienstbetrekking niet zelfstandig ziekenfondsverzekerd.

Het College heeft op 27 januari 2000 een rapport over dit onderwerp uitgebracht. In dat rapport gaat het College in op de twee door de STAR voorgestelde oplossingen. Het College heeft de voorkeur voor afschaffing van de nominale premie voor personen, jonger dan 18 jaar.

Nu van diverse kanten wordt aangedrongen op een oplossing voor dit knelpunt is besloten tot indiening van het onderhavige wetsvoorstel. Daarbij is het volgende overwogen. Indien ervoor gekozen zou worden om thuiswonende personen, jonger dan 18 jaar, niet langer – op grond van het hebben van een dienstbetrekking – zelfstandig verzekerd te laten zijn, zou voor de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet niet alleen het werknemerschap in de zin van de Ziektewet en de hoogte van het loon bepalend zijn, maar ook de leeftijd en de woonsituatie van betrokkene. Dit zou een ongewenste precedentwerking kunnen hebben voor andere groepen ziekenfondsverzekerden.

Bovendien heeft deze oplossing ingrijpende uitvoeringstechnische gevolgen. Het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) wijst bij brief van 9 november 1999 op de in deze variant noodzakelijke ingrijpende aanpassing van de automatiseringsprocessen van de uitvoeringsinstellingen. Bovendien zou deze keuze een administratieve lastenverzwaring voor werkgevers betekenen. Zij zouden steeds na dienen te gaan en te registreren of een jonge werknemer al dan niet thuis woont en zouden deze vervolgens moeten aanrespectievelijk afmelden. Tevens speelt hier een handhavingaspect. Het al dan niet thuis wonen van jongeren met een bijbaantje zou bepalend worden voor het ziekenfondsverzekerd zijn. De feitelijke situatie zou hier doorslaggevend zijn en dat maakt de uitvoering van een dergelijke regeling sterk afhankelijk van de informatievoorziening door de werkgever en de jeugdige werknemer. Volgens het Lisv zou deze keuze bijgevolg potentiële handavingsrisico's met zich meebrengen. De verzekerdenadministraties van de uitvoeringsinstellingen registreren thans niet of iemand al of niet thuiswonend is. De gegevens voor de verzekerdenadministratie zijn mede afkomstig uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). De GBA geeft weer op welk adres een persoon staat ingeschreven, maar geeft niet de feitelijke situatie weer. Het zou in die situatie dus kunnen voorkomen dat een jongere als medeverzekerde bij zijn ouders staat ingeschreven maar feitelijk (bijvoorbeeld door studie) uitwonend is.

Het afschaffen van de nominale ziekenfondspremie voor alle personen, jonger dan 18 jaar, dus ook voor jongeren in dienstverband voor wie geen sprake is van een bijbaantje, is uitvoeringstechnisch het eenvoudigst. Het gegeven van de leeftijd van een verzekerde legt het ziekenfonds vast in zijn administratie. Aan de hand van dat gegeven kan een ziekenfonds vaststellen of de verzekerde nominale ziekenfondspremie verschuldigd is. Voor een eventuele medeverzekerde partner van een verzekerde, jonger dan 18 jaar, is ook geen nominale premie verschuldigd, ongeacht de leeftijd van deze eventuele partner. Immers het is de hoofdverzekerde die nominale premie verschuldigd is voor zijn medeverzekerde partner en niet die medeverzekerde partner zelf. De voorgestelde maatregel geldt voor alle personen jonger dan 18 jaar, ongeacht het feit of zij al dan niet in deeltijd werken. Een verzekerde, jonger dan 18 jaar, met een voltijdsdienstverband betaalt dus eveneens geen nominale premie. Een onderscheid maken binnen deze groep verzekerden op grond van het criterium deeltijd- of voltijdsdienstverband zou de uitvoering te zeer belasten. De voorgestelde oplossing betekent slechts een geringe aanpassing van de administraties van de ziekenfondsen. Bovendien maakt deze oplossing, anders dan het reeds besproken tweede alternatief van de STAR, geen

inbreuk op het beginsel dat een werknemer in de zin van de Ziektewet, van wie het loon niet meer bedraagt dan het bedrag van de loongrens, verzekerd is ingevolge de Ziekenfondswet, ongeacht leeftijd en woon-situatie.

Gelet op de evidente voordelen van de laatstgenoemde variant is ervoor gekozen de nominale ziekenfondspremie voor alle hoofdverzekerden, jonger dan 18 jaar, af te schaffen. Hiertoe wordt voorgesteld artikel 17 van de Ziekenfondswet, waarin de verplichting tot het betalen van nominale ziekenfondspremie is geregeld, te wijzigen. Artikel I, onder C, van het onderhavige voorstel van wet strekt daartoe.

#### *Financiële consequenties van de bovengenoemde maatregelen*

Met betrekking tot de wijziging van artikel 7 van de Ziekenfondswet wordt door Zorgverzekeraars Nederland uitgegaan van een geschatte efficiency-opbrengst van f 750 000 voor ziekenfondsen en particuliere verzekeraars tezamen.

De wijziging van de Ziekenfondswet waarbij personen jonger dan 18 jaar geen nominale premie meer verschuldigd zijn leidt volgens het College tot een structurele inkomstenderving van circa 37 miljoen gulden. Voor 2001 bedraagt de derving circa 28 miljoen gulden omdat de maatregel pas op 1 april van 2001 van kracht wordt. Gezien de vermogenspositie van de Algemene Kas van de Ziekenfondswet is een premieverhoging voor de nabije toekomst niet nodig. Op langere termijn zal de procentuele premie voor werknemers nagenoeg geen invloed ondervinden van deze wijziging (een opwaarts effect van ongeveer 0,015%-punt).

#### **Artikelsgewijs**

##### *Artikel I (Ziekenfondswet)*

Voor de onderdelen A, ten tweede, D en E wordt verwezen naar het algemeen gedeelte van deze toelichting.

Onderdeel C ziet op een verwijzing naar de in de Wet inkomstenbelasting 2001 gehanteerde begripsomschrijving.

De onderdelen F en G betreffen redactionele aanpassing van drie artikelen aan de wet van 13 december 2000, houdende Wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van toezicht op de zorgverzekeringen (Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen).

Nu het niet meer mogelijk is een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 19 van de Ziekenfondswet te treffen, dient de verwijzing naar dat artikel in artikel 93a, eerste lid, van die wet te vervallen. Dit wordt in onderdeel H geregeld.

##### *(Artikel II) Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden*

De verwijzing naar artikel 71, eerste lid, van de Ziekenfondswet in de artikelen 4, derde lid, en 13, negende lid, van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden is verouderd, nu eerstgenoemd artikel is vervallen en de Algemene Kas waarnaar laatstgenoemde artikelen beogen te verwijzen, in artikel 1q, eerste lid, van de Ziekenfondswet is geregeld. Voorgesteld wordt de verwijzing naar artikel 71, eerste lid, van de Ziekenfondswet te laten vervallen. De verwijzing naar de Algemene Kas, bedoeld in de Ziekenfondswet, die dan resteert, is mede gezien artikel 1, eerste lid, onder k, van die wet, voldoende.



*(Artikel III) Wet van 21 december 2000, houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in verband met de invoering van het gebruik van het sociaal-fiscaalnummer in die wet alsmede enkele wijzigingen van de Ziekenfondswet en enige andere wetten*

Met dit artikel wordt voorkomen dat in artikel 4 van de Ziekenfondswet het bij de Invoeringswet Vreemdelingenwet 2000 ingevoegde achttiende lid opnieuw, maar in gewijzigde vorm, wordt ingevoegd.

*(Artikel IV) Inwerkingtreding*

Het ligt in het voornemen artikel I, onderdeel E, in werking te laten treden op een datum die samenvalt met een periode waarover financiële verantwoording plaatsvindt. Omdat de financiële verantwoording kwartaalsgewijs plaatsvindt, zou de eerstvolgende datum 1 april 2001 zijn. Het kabinet zal alles in het werk stellen deze inwerkingtredingsdatum te realiseren. De wijziging in artikel I, onderdeel C, dient terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2001 te krijgen. Om deze reden is bepaald dat de verschillende delen van het voorstel van wet op verschillende tijdstippen in werking kunnen treden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers